I Erläuterungen

Voraussetzungen gemäß KCBG und Abiturerlassen BG jeweils in der für den Abiturjahrgang geltenden Fassung

Standardbezug
Die nachfolgend ausgewiesenen Kompetenzbereiche sind für die Bearbeitung der jeweiligen Aufgabe besonders bedeutsam. Darüber hinaus können weitere, hier nicht ausgewiesene Kompetenzbereiche für die Bearbeitung der Aufgabe nachrangig bedeutsam sein, zumal die Kompetenzbereiche in engem Bezug zueinanderstehen. Die Operationalisierung des Bezugs zu den Kompetenzbereichen des Standardbezugs erfolgt in Abschnitt II.

Aufgabe	Kompetenzbereiche				
	K1	K2	K3	K4	K5
1.1	x	x			
1.2				x	
1.3			x		
2.1	x			x	
2.2	x		x		
2.3	x	x	x		
2.4			x		

Inhaltlicher Bezug
Die nachfolgend ausgewiesenen Themenfelder sind die wesentliche inhaltliche Grundlage für die vorliegenden Aufgaben. Darüber hinaus können weitere, hier nicht explizit ausgewiesene Themenfelder für die Bearbeitung nachrangig bedeutsam sein.
Q1: Ambulante und stationäre Versorgung im deutschen Gesundheitssystem
Q2: Arzneimittelversorgung im deutschen Gesundheitswesen und Gesundheitssysteme im Vergleich
verbindliche Themenfelder: Stationäre Versorgung (Q1.2), „Neue" Versorgungsformen (Q1.3), Grundlagen zum Vergleich von Gesundheitssystemen (Q2.2)

II Lösungshinweise

In den nachfolgenden Lösungshinweisen sind alle wesentlichen Gesichtspunkte, die bei der Bearbeitung der einzelnen Aufgaben zu berücksichtigen sind, konkret genannt und diejenigen Lösungswege aufgezeigt, welche die Prüflinge erfahrungsgemäß einschlagen werden. Selbstverständlich sind jedoch Lösungswege, die von den vorgegebenen abweichen, aber als gleichwertig betrachtet werden können, ebenso zu akzeptieren.

Aufg.	erwartete Leistungen	BE I	BE II	BE III
1.1	vergleichen		17	10

Großbritannien	Deutschland
− Einheitsversicherung: jede/jeder in Großbritannien lebende Bürgerin bzw. Bürger ist über den NHS versichert	− In Deutschland sind die Bürgerinnen und Bürger entweder in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) oder der privaten Krankenversicherung (PKV) versichert.
− Beim NHS handelt es sich um eine staatliche Gesundheitsbehörde.	− Gesetzliche Krankenkassen sind Körperschaften öffentlichen Rechts, während es sich bei privaten Krankenkassen um privatwirtschaftliche Unternehmen handelt.
− Der Zugang zu medizinischer Versorgung ist prinzipiell kostenfrei, Selbstbeteiligungen (beispielsweise für Zahnbehandlungen und Arzneimittel) sind begrenzt und relativ gering.	− Der Zugang zu medizinischer Versorgung ist für gesetzlich Versicherte prinzipiell kostenfrei, Selbstbeteiligungen (beispielsweise für Zahnbehandlungen und Arzneimittel) sind begrenzt. In der privaten Krankenversicherung ist die Höhe der Zuzahlungen und Selbstbeteiligungen abhängig vom gewählten Tarif. In der Regel ist der Leistungsumfang aber höher als in der GKV.
− Beim Arztbesuch muss keine Versichertenkarte vorgelegt werden.	− Beim Arztbesuch muss von gesetzlich Versicherten in der Regel die elektronische Gesundheitskarte vorgelegt werden. Nicht alle privaten Krankenversicherungen geben eine Versichertenkarte aus. Anders als in der GKV ist die Nutzung für den Versicherten nicht zwingend und deren Vorlage keine Voraussetzung für den Arztbesuch.
− Der NHS finanziert sich zum größten Teil aus Steuereinnahmen, zu einem kleineren Teil aus einkommensabhängigen Sozialversicherungsbeiträgen von Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern sowie Arbeitgeberinnen und Arbeitgebern	− Die GKV finanziert sich überwiegend durch einkommensabhängige Sozialversicherungsbeiträge von Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern sowie Arbeitgeberinnen und Arbeitgebern bis zur sogenannten Beitragsbemessungsgrenze. Diese werden durch einen

Aufg.	erwartete Leistungen		BE I	BE II	BE III
		steuerfinanzierten Zuschuss ergänzt. Die PKV finanziert sich durch Prämien ihrer Versicherten.			
	− Das Budget für den NHS wird zwischen dem Finanzministerium und dem Gesundheitsministerium für drei Jahre ausgehandelt.	− Der Beitragssatz für die GKV wird zentral von der Bundesregierung vorgegeben. Die Höhe der Prämie in der PKV ist kassenindividuell und abhängig von Alter, Vorerkrankungen der Versicherten und dem gewählten Tarif.			
	− Die Finanzmittel werden dann vom NHS an die regionalen Gesundheitsbehörden (Clinical Commissioning Groups bzw. CCG) verteilt.	− In der GKV fließen die Finanzmittel in den Gesundheitsfonds, aus dem die Krankenkassen entsprechend der Versichertenzahl und den Vorerkrankungen der Versicherten (morbiditätsorientierter Risikostrukturausgleich) Zuweisungen erhalten. Die Krankenkassen finanzieren mit den ihnen zugewiesenen Mitteln u.a. die ambulante (unter Beteiligung der Kassenärztlichen Vereinigungen) und stationäre Versorgung. In der PKV gilt das Kostenerstattungsprinzip, d.h. die Versicherten begleichen die Rechnungen der Leistungserbringer zunächst selbst und erhalten nach Einreichung der Rechnung eine Rückerstattung durch die Krankenkasse.			
	− Die CCG organisieren und finanzieren mit den ihn zugewiesenen Mitteln die ambulante und stationäre Versorgung in ihrer Region durch Verträge mit staatlichen und zunehmend auch privaten Leistungserbringern.	− Für die GKV sind an der Organisation der ambulanten Versorgung insbesondere die Kassenärztliche Bundesvereinigung und die Kassenärztlichen Vereinigungen involviert, die eine Bedarfsplanung durchführen und über die kassenärztliche Zulassung entscheiden. In der stationären Versorgung entscheiden die Bundesländer im Rahmen der Krankenhausplanung über die Zulassung von Krankenhäusern zur stationären Versorgung. Dabei			

Aufg.	erwartete Leistungen		BE I	BE II	BE III
		kann es sich sowohl um Krankenhäuser in öffentlicher, freigemeinnütziger und privater Trägerschaft handeln. Privatversicherte können neben den Vertragsärzten und Plankrankenhäusern auch Privatärzte und Privatkrankenhäuser konsultieren, die in ihrer Niederlassung grundsätzlich frei sind.			
	– Hausärztinnen und Hausärzte sind, außer in Notfällen, erste Ansprechpartnerin bzw. erster Ansprechpartner einer Patientin bzw. eines Patienten. Ihnen kommt die Gatekeeper- und Lotsenfunktion zu, d. h. sie entscheiden, ob und welche weitere Versorgungeinrichtung (Fachärztinnen bzw. Fachärzte und Kliniken) in Anspruch genommen werden kann.	– In Deutschland besteht sowohl in der GKV als auch in der PKV im ambulanten Bereich freie Ärztinnenwahl und Arztwahl und freie Wahl der Einrichtung im stationären Bereich. In Deutschland ist die Hausärztin und der Hausarzt nicht zwangsläufig erste Ansprechpartnerin oder erster Ansprechpartner für Patientinnen und Patienten, da der direkte Zugang zu Fachärztinnen und Fachärzten sowohl in der GKV als auch in der PKV möglich ist. Die GKV ist verpflichtet, Hausärztinnen- und Hausarztmodelle anzubieten. Im Unterschied zur PKV ist der Zugang in der GKV auf Vertragsärztinnen und Vertragsärzte beschränkt und schließt manche Facharztgruppen aus (z.B. Radiologinnen und Radiologen). Der Zugang zu Krankenhäusern ist in Deutschland sowohl für GKV- als auch für PKV-Versicherte ohne Überweisung möglich, aber eher unüblich. Auch hier ist der Zugang für gesetzlich Versicherte i.d.R. auf Plankrankenhäuser beschränkt, während Privatversicherte auch Kliniken nutzen können, die nicht in den Krankenhausplan einbezogen sind.			
	– Hausärztinnen und Hausärzte sind hauptsächlich in Gemeinschaftspraxen tätig.	– Ambulant tätige Ärztinnen und Ärzte sind überwiegend in Einzelpraxen, zunehmend aber			

Aufg.	**erwartete Leistungen**		**BE I**	**BE II**	**BE III**
		auch in Gemeinschaftspraxen oder MVZ tätig.			
	– Fachärztinnen und Fachärzte haben kein Niederlassungsrecht und sind den Krankenhäusern angegliedert.	– Fachärztinnen und Fachärzte haben ein Niederlassungsrecht und sind in der Regel in eigener Praxis tätig. Sie sind damit Teil des ambulanten Systems. Fachärztinnen und Fachärzte im stationären Bereich dürfen mit Ermächtigung ebenfalls an der ambulanten Versorgung teilnehmen.			
	– Die Vergütung erfolgt bei den Hausärztinnen und Hausärzten über Kopfpauschalen und im stationären Bereich über diagnosebezogene Fallpauschalen.	– Die Vergütung bei den Hausärztinnen und Hausärzten erfolgt grundsätzlich über die Einzelleistungsvergütung, in der GKV nach dem Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) und in der PKV nach der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ). Im stationären Bereich gelten ebenfalls DRG.			
	– Die private Krankenversicherung ist in Großbritannien eine Zusatzversicherung.	– Im deutschen Gesundheitssystem gibt es wie im britischen auch private Zusatzversicherungen. Daneben existiert die private Vollversicherung als Alternative zur gesetzlichen Krankenversicherung für bestimmte Bevölkerungsgruppen.			

Aufg.	erwartete Leistungen	BE		
		I	II	III
1.2	erörtern Das System der GKV in Deutschland lässt sich prinzipiell dem Bismarck- bzw. verbandswirtschaftlichen Modell zuordnen, da die Beiträge über Sozialversicherungsbeiträge von Arbeitgeberinnen und Arbeitgebern sowie Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern finanziert werden, Versicherte gleiche Leistungsansprüche haben und die Leistungen von privaten Anbietern erbracht werden. Dabei gibt der Staat den gesetzlichen Rahmen vor und agiert als Überwachungsorgan. Dennoch beinhaltet es auch Elemente des Beveridge- bzw. staatswirtschaftlichen Modells. So wird ein zunehmender Teil der Mittel des Gesundheitsfonds über Steuern finanziert. Zudem greift der Staat durch die Krankenhausplanung regulierend in das stationäre System ein und unterstützt Krankenhäuser im Rahmen der dualen Krankenhausfinanzierung mit Steuermitteln. Das britische Gesundheitssystem basiert auf dem Beveridge- bzw. staatswirtschaftlichen Modell, da es im wesentlichen steuerfinanziert ist, alle Bürger einen kostenlosen und gleichen Zugang zu Gesundheitsleistungen haben und die staatliche Leistungserbringung und Regulierung vorherrscht. Dennoch trägt es auch Elemente des Bismarck-Modells in sich, da neben Steuern auch Beiträge von Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern sowie Arbeitgeberinnen und Arbeitgebern für die Finanzierung des Gesundheitssystems herangezogen werden. Außerdem erfolgt die Leistungserbringung in zunehmendem Maße über private Leistungserbringende unter staatlicher Aufsicht. Insofern entspricht weder das britische noch das deutsche Gesundheitssystem (GKV) einem der idealtypischen Modelle oder stimmt mit diesem überein. Vielmehr tragen sie jeweils Merkmale unterschiedlicher idealtypischer Modelle in sich. Private Zusatzversicherungen stellen in beiden Gesundheitssystemen ein Element des marktwirtschaftlichen Modells dar.		6	4

Aufg.	erwartete Leistungen	BE I	BE II	BE III
1.3	darstellen Indem die Patientin bzw. der Patient verpflichtet ist, bei gesundheitlichen Beschwerden zuerst seine Hausärztin bzw. seinen Hausarzt aufzusuchen (mit Ausnahme von Notfällen), und dieser die gesamte Behandlung koordiniert, könnte die Umstellung auf das Gatekeeperprinzip in Deutschland zu einem Bedeutungszuwachs und einer Stärkung der Marktposition bei den Hausärztinnen und Hausärzten führen und damit dem Ärztemangel in diesem Bereich entgegenwirken. Dabei ist jedoch nicht ausgeschlossen, dass die erhöhten Anforderungen, die sich durch das Gatekeeperprinzip an die Hausärztinnen und Hausärzte ergeben, auch abschreckend wirken können. Zudem könnte die verbesserte Koordination des Behandlungsablaufs durch die Hausärztinnen und Hausärzte zu einer Optimierung der Versorgungsqualität und einer Vermeidung von Doppel- und Fehlbehandlungen und damit auch zu Kosteneinsparungen führen. Nachteile einer generellen Umstellung auf das Gatekeeperprinzip ergeben sich für die Patientinnen und Patienten durch eine Einschränkung der freien Ärztinnenwahl und Arztwahl und der damit verbundenen Schwierigkeit der Einholung einer Zweitmeinung. Zudem bestünde bei einer vollständigen Umstellung auf das Gatekeeperprinzip kein direkter Zugang mehr zu Fachärztinnen und Fachärzten. Durch die Umstellung der gesetzlichen Krankenversicherung auf eine Steuerfinanzierung könnte die Einnahmebasis verbreitert werden, da im aktuellen System lediglich Einkünfte aus nichtselbstständiger Arbeit berücksichtigt werden. Bei der Steuerfinanzierung würden dagegen beispielsweise auch Einkünfte aus Vermietung und Verpachtung, Kapitalvermögen sowie Unternehmensgewinne einbezogen, was als solidarischer und gerechter angesehen werden kann. Hinzu kommt, dass einige Steuern, wie z.B. die Einkommensteuer, progressiv sind und damit die Einkommensstarken im Gegensatz zu einer Beitragsfinanzierung überproportional belastet. Auf der anderen Seite belasten einige indirekte Steuern Geringverdiener überproportional. Ebenfalls gerechter und solidarischer könnte bei der Steuerfinanzierung das Fehlen einer Beitragsbemessungsgrenze angesehen werden, die dazu führt, dass bei steigenden Einkommen oberhalb der Beitragsbemessungsgrenze der Beitragssatz sinkt. Als Nachteil einer Steuerfinanzierung kann die gegenüber der Beitragsfinanzierung fehlende Zweckbindung der Mittel angesehen werden. Dies kann dazu führen, dass insbesondere in Krisen verstärkt die Ausgaben für den Gesundheitsbereich gesenkt werden, was in der Regel mit Leistungskürzungen und Privatisierungen einhergeht. Zudem führt die fehlende Zweckbindung dazu, dass das Gesundheitsressort mit allen anderen Ministerien um die zur Verfügung stehenden Mittel konkurriert, was je nach politischer Zielsetzung die Gefahr von Schwankungen und Kürzungen der dem Gesundheitssystem zur Verfügung stehenden Finanzmittel erhöht. Im Allgemeinen ist mit Steuererhöhungen zu rechnen.	11	3	
	Summe 51	**11**	**26**	**14**

Aufg.	erwartete Leistungen	BE I	BE II	BE III
2.1	beschreiben, begründen Das Diagramm in Material 2 zeigt in einer Indexdarstellung die Entwicklung der Anzahl der Ärztinnen bzw. Ärzte, des nichtärztlichen Personals im Pflegedienst, der Fälle sowie die Entwicklung der Verweildauer der Patientinnen und Patienten im Krankenhaus im Zeitraum von 2000 bis 2018. Es ist zu sehen, dass zwischen 2000 und 2018 die Zahl der Ärztinnen und Ärzte in Krankenhäusern stetig um 56,5% angestiegen ist. Deutlich geringer angestiegen (5,6%) ist von 2000 bis 2018 die Zahl der nichtärztlichen Mitarbeiterinnen bzw. Mitarbeiter im Pflegedienst. Diese war nach einem geringen Anstieg in den Jahren 2001 und 2002 zunächst bis zum Jahr 2006 rückläufig, stieg danach aber stetig an. Die Fallzahlen sind, nach einem Rückgang in der Jahren 2003 bis 2005 im Betrachtungszeitraum ebenfalls um 12,3% angestiegen. Stetig und deutlich gesunken ist dagegen die Verweildauer der Patientinnen und Patienten im Krankenhaus (-25,8%). Die sinkende Verweildauer ist im Wesentlichen auf das Vergütungssystem der Fallpauschalen zurückzuführen. Das Krankenhaus erhält eine bestimmte pauschale Entgeltsumme für einen Behandlungsfall, die unabhängig von der Verweildauer der Patientin und des Patienten ist. Für das Krankenhaus ergibt sich der Gewinn aus den Erlösen der Fallpauschale abzüglich der entstandenen Kosten. Das Fallpauschalensystem setzt folglich für Krankenhäuser den wirtschaftlichen Anreiz, Patientinnen und Patienten so früh wie möglich zu entlassen, um Kosten zu reduzieren und den Gewinn zu erhöhen. Eine weitere Ursache für die sinkende Verweildauer liegt im medizinischen Fortschritt. Die Behandlungsmöglichkeiten haben sich weiterentwickelt und sorgen für eine schnellere Heilung. Auch die vor- und nachstationäre ambulante Versorgung hat sich verbessert, sodass Krankenhäuser bestimmte Leistungen eher auslagern und die Verweildauer weiter sinkt. Hinter der schnelleren Behandlung steht auch die zunehmende Privatisierung von Krankenhäusern. Krankenhäuser in privater Trägerschaft haben eine klare Gewinnorientierung und unterliegen damit einem stärkeren Kostendruck als öffentliche oder freigemeinnützige Krankenhäuser. Gerade für sie besteht die Notwendigkeit, Einsparpotenziale durch Kostenreduktion auszuschöpfen, um effizienter zu wirtschaften. Die Erhöhung der Fallzahlen ist auf nachfrage- sowie angebotsseitige Ursachen zurückzuführen. Einerseits gibt es in Deutschland in Folge des demographischen Wandels mehr ältere Patientinnen und Patienten, die häufiger und schwerer erkranken und daher eine stationäre Versorgung benötigen, andererseits ist auch das Angebot an Krankenhausleistungen gestiegen. Um Einnahmen zu erhöhen, neigen Krankenhäuser durch „aktive“ Beratung dazu, die Fallzahlen zu erhöhen. Dabei steigern Krankenhäuser vor allem die Anzahl jener Operationen, die sich finanziell lohnen, bspw. den Einsatz von Hüft- oder Knieprothesen. Ein weiterer Grund für die Erhöhung der Fallzahlen ist der Trend zur Fragmentierung von Behandlungen. Für Krankenhäuser ist es finanziell lukrativer, einen potenziell längeren Krankenhausaufenthalt in mehrere kürzere zu zerlegen und jeweils separat abzurechnen.			

Aufg.	**erwartete Leistungen**	**BE**		
		I	**II**	**III**
	Der starke Anstieg der Anzahl der Ärztinnen und Ärzte in Krankenhäusern lässt sich u.a. durch den Anstieg der Fallzahlen begründen, der auch eine größere Anzahl von Ärztinnen und Ärzten erforderlich macht. Zudem führen die durch die alternde Bevölkerung entstehenden komplexeren Krankheitsbilder und der höhere Behandlungsbedarf sowie die Weiterentwicklung der Behandlungsmöglichkeiten aufgrund des technischen Fortschritts zu einem steigenden Ärztinnen- und Ärztebedarf in Krankenhäusern. Außerdem können die Arbeitsbedingungen (z.B. festes Gehalt, feste Arbeitszeiten, Urlaub) dazu führen, dass die Zahlen der Ärztinnen und Ärzte im stationären Sektor steigen. Inwiefern der Ärztinnen- und Ärztebedarf durch die steigenden Ärztinnen- und Arztzahlen gedeckt wurde, lässt sich im vorliegenden Diagramm nicht erkennen. Der im Gegensatz zu den Ärztinnen- und Arztzahlen deutlich geringere Anstieg des nichtärztlichen Personals im Pflegedienst lässt sich insbesondere auf die Einführung der Diagnosis Related Groups (DRG) im Jahr 2004 zurückführen. Hierdurch wurden wirtschaftliche Anreize zur Kostensenkung gesetzt, die u. a. zu einer sinkenden Verweildauer und zu einer Auslagerung vor- und nachstationärer Behandlungen in den ambulanten Bereich geführt haben. Zudem sehen die Krankenhäuser in einer Reduzierung des Pflegepersonals eine direkte Möglichkeit der Kostenreduzierung zur Gewinnerhöhung bzw. Verlustvermeidung. Außerdem verliert der Pflegeberuf zunehmend an Attraktivität (geringer Verdienst, hohe Arbeitsbelastung, Schichtdienst), sodass sich ein Fachkräftemangel abzeichnet. beschreiben begründen	 5	 1 6	 8
2.2	wiedergeben Im Pflegepersonal-Stärkungsgesetz (PpSG) wurde beschlossen, dass das Vergütungssystem in Krankenhäusern ab dem Jahr 2020 von einer reinen Fallpauschale auf eine Kombination aus Fallpauschale und Pflegebudget umgestellt wird. Hierzu werden die bisherigen DRG um die Pflegeanteile gekürzt und die Pflege wird über das Pflegebudget separat vergütet. Die Höhe des Pflegebudgets richtet sich dabei nach den krankenhausindividuellen Pflegepersonalkosten. beurteilen Für die Krankenhäuser könnte die Reform dazu führen, dass sich die wirtschaftlichen Anreize zur Kostenreduzierung, die sich durch die Einführung der DRG im Jahr 2004 ergeben haben, künftig nicht mehr auf den Bereich der Pflege erstrecken. Werden durch das Pflegebudget die tatsächlichen Pflegekosten vergütet, besteht für die Krankenhäuser nicht länger der Anreiz für Personaleinsparungen in diesem Bereich, sondern es könnten kostenneutral zusätzliche Pflegekräfte eingestellt werden. Dies würde zu einer Reduzierung der Arbeitsbelastung für das Pflegepersonal führen. Für die Krankenkassen würden die Ausgaben steigen, da sie für die Entlohnung der zusätzlichen Pflegekräfte aufkommen müssten. Durch die zusätzlichen Pflegekräfte würde sich die Pflegesituation in Krankenhäusern verbessern, was auch den Patientinnen und Patienten in Form einer gesteigerten Behandlungsqualität zugutekommen würde.	4		6

Aufg.	erwartete Leistungen	BE		
		I	II	III
2.3	beschreiben, analysieren, beurteilen Das Diagramm in Material 4 zeigt den beispielhaften Verlauf der Tageskosten und -erlöse eines Krankenhauses beim Vergütungssystem der tagesgleichen Pflegesätze, wobei auf der x-Achse die Zeit in Tagen und auf der y-Achse die Tageskosten und -erlöse abgetragen sind. Wird eine Patientin oder ein Patient ins Krankenhaus eingeliefert, fallen zunächst Kosten für die Diagnostik an, wodurch sich der erste Anstieg der Kurve erklären lässt. Nach einer gewissen Wartezeit und damit dem Rückgang der Tageskostenkurve erfolgt eine Operation, die zu dem zweiten, stärkeren Anstieg der Kurve führt. Nach der Operation schließt sich die Intensivpflege an, bei der die Tageskosten für das Krankenhaus mit zunehmender Gesundung der Patientin bzw. des Patienten fallen. Mit der Verlegung auf die Normalstation sinken sowohl die Personalkosten (z. B. durch die geringere Überwachungsfrequenz durch Ärztinnen und Ärzte sowie Pflegerinnen und Pfleger) als auch die Sachkosten (z. B. durch den geringeren Geräteeinsatz) deutlich, woraus der sprunghafte Rückgang der Kurve resultiert. Das weitere Absinken der Kurve lässt sich wiederum durch eine zunehmende Gesundung der Patientin bzw. des Patienten erklären. Die Kurve der Tageskosten nähert sich im weiteren Verlauf den Kosten an, die für das Krankenhaus auch dann entstehen, wenn keine medizinischen Leistungen mehr an der Patientin und am Patienten erbracht werden. Dazu gehören insbesondere die Kosten für die Unterbringung und Verpflegung. Der Verlauf der Tageserlöskurve ist dagegen konstant, da das Krankenhaus bei dieser Vergütungsform für jeden Tag, den die Patientin oder der Patient im Krankenhaus verbringt, einen festgelegten Pauschalbetrag von der Krankenkasse erhält. Bei der Vergütungsform der tagesgleichen Pflegesätze wird das Krankenhaus versuchen, die Patientinnen und Patienten möglichst lange in der Einrichtung zu halten. Da ab einem bestimmten Punkt (in der Grafik ab dem Beginn der Normalpflege) die Erlöse durchgängig die Kosten übersteigen, steigt der Gewinn für das Krankenhaus mit zunehmender Verweildauer. Insofern sind, anders als bei den Fallpauschalen, die finanziellen Spielräume für die Krankenhäuser größer und könnten auch für zusätzliches Pflegepersonal eingesetzt werden. Da sich der Gewinn für die Krankenhäuser aus den Erlösen abzüglich der Kosten für die erbrachten Leistungen ergibt, ist auch dieser Vergütungsform die Tendenz zur Leistungsreduzierung immanent. Insofern ist es fraglich, ob eine Umstellung auf tagesgleiche Pflegesätze zu einer Verbesserung der Arbeitsbedingungen in Krankenhäusern und somit zu einer Verbesserung der Pflegesituation führen würde.			
	beschreiben	4		
	analysieren		4	
	beurteilen			5

Aufg.	erwartete Leistungen	BE		
		I	II	III
2.4	skizzieren – Festlegung von Pflegepersonaluntergrenzen, die für unterschiedliche Bereiche in Krankenhäusern angeben, wie viel Pflegepersonal mindestens auf einer Station während einer Tages- oder Nachschicht anwesend sein muss. – Flexiblere Arbeitszeitmodelle, die die Möglichkeit bieten, den Beruf besser mit der Familie und Freizeitaktivitäten zu vereinbaren, um die Attraktivität des Pflegeberufs zu steigern. – Aufwertung des Berufsbildes durch verbesserte Karrieremöglichkeiten und Akademisierung, damit der Pflegeberuf häufiger ergriffen und die Verweildauer im Beruf erhöht wird. – Förderung gesellschaftlicher Anerkennung des Berufes, indem die Systemrelevanz des Pflegeberufs durch Politik, Medien und Pflegeeinrichtungen herausgestellt wird. – Gezielte Rekrutierung ausländischer Arbeitskräfte, um einen Beitrag zu leisten, den Pflegenotstand zu mildern. – Höhere Vergütung, um den besonderen Anforderungen und Belastungen im Pflegeberuf Geltung zu verschaffen	3	3	
	Summe 49	**16**	**14**	**19**

III Bewertung und Beurteilung

Die Bewertung und Beurteilung erfolgt unter Beachtung der nachfolgenden Vorgaben nach § 33 der Oberstufen- und Abiturverordnung (OAVO) in der jeweils geltenden Fassung. Bei der Bewertung und Beurteilung der sprachlichen Richtigkeit in der deutschen Sprache sind die Bestimmungen des § 9 Abs. 12 Satz 3 OAVO in Verbindung mit Anlage 9b anzuwenden.

Bei der Bewertung und Beurteilung der Übersetzungsleistung in den Fächern Latein und Altgriechisch sind die Bestimmungen des § 9 Abs. 14 OAVO in Verbindung mit Anlage 9c anzuwenden.

Der Fehlerindex ist nach Anlage 9b zu § 9 Abs. 12 OAVO zu berechnen. Für die Ermittlung der Punkte nach Anlage 9a zu § 9 Abs. 12 OAVO sowie Anlage 9c zu § 9 Abs. 14 OAVO wird jeweils der ganzzahlige nicht gerundete Prozentsatz bzw. Fehlerindex zugrunde gelegt.

Für die Bewertung in den modernen Fremdsprachen ist der „Erlass zur Bewertung und Beurteilung von schriftlichen Arbeiten in allen Grund- und Leistungskursen der neu beginnenden und fortgeführten modernen Fremdsprachen in der gymnasialen Oberstufe, dem beruflichen Gymnasium, dem Abendgymnasium und dem Hessenkolleg“ vom 7. August 2020 (ABl. S. 519) zugrunde zu legen. Demnach erfolgt die Bewertung und Beurteilung mit der Maßgabe, dass lediglich bei der Ermittlung des Prüfungsergebnisses (Note) aus Prüfungsteil 1 und 2 gerundet wird.

Darüber hinaus sind die Vorgaben der Erlasse „Hinweise zur Vorbereitung auf die schriftlichen Abiturprüfungen (Abiturerlass)“, „Hinweise zur Vorbereitung auf die schriftlichen Abiturprüfungen im beruflichen Gymnasium (fachrichtungs-/ schwerpunktbezogene Fächer) (Abiturerlass BG)“ und „Durchführungsbestimmungen zum Landesabitur“ in der für den Abiturjahrgang geltenden Fassung zu beachten.

Als Kriterien für die Bewertung und Beurteilung dienen unter Beachtung der Zielsetzung der gymnasialen Oberstufe nach § 1 Abs. 2 OAVO neben dem Inhaltlichen auch die in den Kerncurricula genannten überfachlichen Kompetenzen, insbesondere die Sprachkompetenz und Wissenschaftspropädeutik; dies zeigt sich u.a. in qualitativen Merkmalen wie Strukturierung, Differenziertheit, (fach-)sprachlicher Gestaltung und Schlüssigkeit der Argumentation.

Im Fach Gesundheitsökonomie besteht die Prüfungsleistung aus der Bearbeitung eines Vorschlags, wofür insgesamt maximal 100 BE vergeben werden können. Ein Prüfungsergebnis von **5 Punkten (ausreichend)** setzt voraus, dass mindestens 45% der zu vergebenden BE erreicht werden. Ein Prüfungsergebnis von **11 Punkten (gut)** setzt voraus, dass mindestens 75% der zu vergebenden BE erreicht werden.

Gewichtung der Aufgaben und Zuordnung der Bewertungseinheiten zu den Anforderungsbereichen

Aufgabe	**Bewertungseinheiten in den Anforderungsbereichen**			**Summe**
	AFB I	**AFB II**	**AFB III**	
1	11	26	14	**51**
2	16	14	19	**49**
Summe	**27**	**40**	**33**	**100**

Die auf die Anforderungsbereiche verteilten Bewertungseinheiten innerhalb der Aufgaben sind als Richtwerte zu verstehen.